ＦＡＸで送られる場合には、送り状は不要です。本状のみお送りください

ＦＡＸ　０９５７-３６-３１５８

※ご注意

　　WEB参加の方でFAX申し込みをされる方は必ずメールアドレスをご記入ください。

　　（Gmailが受信できるアドレスでお願いします。※キャリアメール不可）

送　信　日：令和４年　　月　　日

　　　申込締切日：令和４年　６月１０日

　愛野ありあけ病院　山口 行

2022年度（公社）長崎県栄養士会　医療協議会

第１回スキルアップ研修会　参加申込書

上記研修会に参加したいので申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加方法 | 会場参加　　　　　・　　　　　WEB参加 | | |
| 氏　名 |  | 会員番号　（会員の方） | * 非会員 |
| 所属協議会 | 医療　　　　　・　　　　　その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 支部名 | 支部 | 勤務先名 |  |
| 緊急連絡先 | TEL　 　　　　　　－　　　　　　－ | | |
| メールアドレス | ※WEB参加者のみ　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | |
| 各種単位  （必要に◯） | ・　糖尿病療養指導士（CDEJ）第１群 各0.5単位  ・　病態栄養専門（認定）管理栄養士更新のための単位 1単位 | | |
| ◎現在、摂食嚥下機能低下の対象者に対して栄養指導を行っていますか？  行っている（加算）　・　行っている（非加算）　・　行っていない | | | |
| ◎栢下先生への質問や連絡事項等ありましたらご記入ください。 | | | |

ご記入頂いた事項は、当研修会の運営のみに使用します。